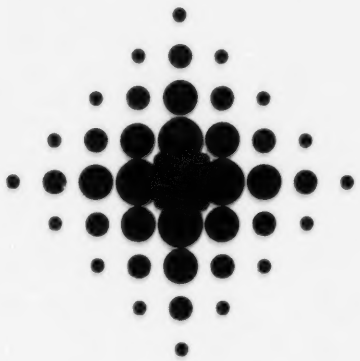
32

Synthèse critique

La perspective fédérale - provinciale

Thomas Duperré



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

32

Synthèse
critique

La perspective fédérale - provinciale

Thomas Duperré

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08478-4

LA PERSPECTIVE FÉDÉRALE-PROVINCIALE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Thomas DUPERRÉ
Service des politiques et
plans socio-sanitaires
Ministère de la Santé et
des Services sociaux
AOUT 1987

TABLE DES MATIÈRES

Page

Introduction 1

1. L'origine de l'intervention de l'état fédéral 4

2. L'influence de la Constitution sur la nature de l'intervention fédérale 7

2.1 La compétence générale 8
2.2 Le pouvoir de dépenser 9
2.3 Les juridictions fédérales particulières 10

3. La description de l'intervention fédérale 12

3.1 La structure générale 12
3.2 Les programmes directs 13
3.3 Les programmes de transfert aux provinces 15

3.3.1 La Loi canadienne sur la santé 15
3.3.2 Le régime d'assistance publique du Canada 17
3.3.3 L'entente sur les jeunes contrevenants 19
3.3.4 La Loi de la réadaptation professionnelle des invalides 20

4. Les enjeux soulevés par la situation fédérale-provinciale 21

4.1 La situation interprovinciale 22
4.2 Le pouvoir de dépenser et responsabilité fédérale 26
4.3 L'évolution récente des arrangements fédéraux-provinciaux 33

4.3.1 Les programmes de santé et programmes de financement 33
4.3.2 De l'engagement au désengagement 36
4.3.3 La tendance des dix dernières années 38

CONCLUSIONS 46

NOTES 48

BIBLIOGRAPHIE 50

INTRODUCTION

En général, les Québécois tiennent leur système de santé et de services sociaux en très haute estime. Dans tout débat public sur la question, on entend souvent l'affirmation à l'effet que "nous avons un des meilleurs systèmes de santé au monde". À cet égard, et contrairement à ce qui se produit dans beaucoup d'autres domaines, les Québécois tiennent un langage révélateur d'un certain complexe de supériorité.

Si une telle perception dans la population peut contribuer à renforcer la volonté politique de préserver le système en place, et même de l'améliorer, on aurait certainement tort de s'y opposer. Cependant, la croyance en la supériorité de notre système socio-sanitaire peut nous faire tomber dans la facilité si elle n'est pas assortie d'une certaine perspective fédérale-provinciale.

En effet, une nuance à apporter en s'attribuant le meilleur système de santé au monde est que ce système socio-sanitaire n'est pas entièrement québécois, c'est-à-dire qu'il n'est pas entièrement le résultat de choix et décisions politiques prises au Québec. Il faut se rappeler que les principaux programmes de financement du Québec dans le secteur socio-sanitaire ont été précédés, de quelques années, par des programmes fédéraux visant à inciter les provinces, dont le Québec, à s'engager sur la voie de l'assurance-santé et de la prestation de services sociaux. Bien qu'il soit présomptueux d'établir une relation de cause à effet entre l'existence des programmes fédéraux et la mise en place du système québécois, il reste que, dans la majorité des cas, la coincidence devient gênante: le programme d'assurance-hospitalisation fut instauré au Québec en 1961, copie assez fidèle du programme fédéral institué quelque cinq ans auparavant par la Loi (fédérale) sur l'assurance-hospitalisation et les services disgnostiques(1). Sans vouloir remettre en question la paternité du régime d'assurance-maladie, attri-

buée aux travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, il faut admettre que la réflexion fédérale était terminée en 1964 dans le rapport Hall et qu'elle donna naissance, en 1966, à la Loi fédérale sur les soins médicaux(2), quelque quatre ans avant l'adoption au Québec de la Loi sur l'assurance-maladie(3). Dans le domaine des services sociaux, il faut noter également que les efforts de réforme amorcés dans les années soixante ont abouti à des résultats plus rapidement au niveau fédéral par l'adoption du Régime d'assistance publique du Canada (R.A.P.C.) en 1966(4), qui devait permettre le partage des coûts de la Loi de l'aide sociale adoptée en 1969 et surtout des services sociaux en développement dans les provinces.

Il est vrai que les développements au plan national ont été accélérés par la tendance des mouvements politiques et sociaux qui ont utilisé le gouvernement fédéral comme véhicule pour étendre à la grandeur du pays l'implantation des programmes sociaux et pour en assurer l'existence par l'implication des deux ordres de gouvernement. Ainsi, au plan chronologique, le mouvement de création du système socio-sanitaire semble avoir été amorcé à Ottawa. Cependant, la responsabilité de mettre sur pied le système et d'en assurer le bon fonctionnement selon la spécificité de chaque province a toujours été assumée par les gouvernements provinciaux.

Devant ces faits, certains d'ailleurs, comme Jean Francoeur au Devoir(5), n'hésitent pas à voir l'État fédéral comme le véritable initiateur des programmes de sécurité sociale au Canada et à conclure que, sans "le paratonnerre fédéral", la continuation des programmes sociaux serait sérieusement menacée. Sur ce point, il faut admettre que les réticences du Québec à s'engager dans les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie au début et à la fin des années '60 n'étaient pas uniquement fondées sur des susceptibilités constitution-

nelles mais également sur une opposition idéologique et politique à l'instauration de tels programmes.

Selon nous, cependant, il est impossible de déterminer si la présence fédérale dans le domaine socio-sanitaire a vraiment joué le rôle d'initiateur indispensable et constitue maintenant un chien-de-garde de l'existence et de la qualité du système. La mise en place des programmes fédéraux a peut-être simplement déplacé au niveau fédéral un débat déjà amorcé au niveau provincial et qui aurait eu les mêmes résultats dans le même laps de temps, à quelques mois ou quelques années près. Il ne faut pas oublier non plus que l'intervention d'Ottawa a été grandement facilitée, comme nous le verrons plus loin, par la concentration des ressources financières et fiscales au niveau fédéral à l'occasion de la deuxième guerre mondiale.

Quoiqu'il en soit, le fait demeure qu'une bonne partie du système socio-sanitaire du Québec a été développée à l'intérieur d'un cadre pan-canadien. Si bien qu'au niveau fédéral, on utilise de façon très généralisée le concept de "système canadien de santé". Sans tirer de conclusions sur le bien-fondé de cette attitude, il faut admettre qu'à bien des égards, la problématique du système socio-sanitaire du Québec se comprend à travers l'éclairage des politiques et programmes fédéraux.

1. L'ORIGINE DE L'INTERVENTION DE L'ÉTAT FÉDÉRAL

Il est absolument naturel pour un gouvernement d'avoir des préoccupations sociales et d'essayer d'y répondre par l'élaboration d'une politique sociale. Le gouvernement canadien n'échappe évidemment pas à cette règle. Même si elle admet que les états-membres de la fédération ont, comme nous le verrons plus loin, la majorité des pouvoirs constitutionnels en matière de santé et de services sociaux, l'administration fédérale ne s'est jamais empêchée de penser pour autant et d'aborder la problématique des problèmes sanitaires et sociaux avec un sens aigu de la légitimité de sa démarche.

Jusqu'à un certain point, les provinces ont contribué à amorcer cette démarche dès les tous débuts de l'intervention étatique dans le domaine social. En effet, dès les années '20, les provinces ont demandé au gouvernement fédéral de les aider à mettre sur pied certains programmes à l'intention des personnes âgées. Ainsi, par exemple, en 1927, était adoptée la Loi fédérale sur l'assistance-vieillesse(6) par laquelle les coûts d'un programme de pensions de vieillesse étaient supportés par les deux ordres de gouvernement.

Il est à noter qu'à cette occasion, le gouvernement canadien avait exprimé certaines réticences à intervenir dans un secteur qu'il considérait être de la responsabilité constitutionnelle des provinces! Il semble bien que, jusqu'au début des années cinquante, les provinces aient à quelques reprises, incité le gouvernement fédéral à s'engager dans des programmes sociaux.

C'est cependant à l'occasion de la deuxième guerre mondiale que l'effort fédéral dans le domaine social a pris une ampleur significative, plus particulièrement dans le domaine de la santé. En effet, en 1943, le ministère fédéral de la santé d'alors établissait un plan d'action

national en ce qui concerne l'assurance-maladie et allait même jusqu'à proposer, successivement dans le rapport Haegerty(7), dans le rapport Marsh(8) et lors de la conférence fédérale-provinciale de 1945 sur la reconstruction(9), l'établissement d'un programme national d'assurance-maladie sous responsabilité fédérale entière.

La volonté fédérale d'intervenir fut d'autant plus favorisée par la situation fiscale avantageuse d'alors. En effet, à l'occasion de la deuxième guerre mondiale, la très grande majorité des ressources fiscales levées par les provinces avaient été transférées au pouvoir central en échange du paiement de subventions fédérales. Si bien qu'après la guerre, Ottawa avait un contrôle à peu près complet des principaux champs de taxation. Il est bien clair que la tentation fut très forte de retourner aux provinces non pas les pouvoirs fiscaux d'avant guerre mais plutôt des subventions conditionnées à l'établissement des programmes décidés par le gouvernement canadien.

À cette époque d'après-guerre, les développements survenus dans d'autres pays ont certes eu une influence marquante sur la volonté politique de l'État fédéral d'intervenir dans le domaine social. Au Royaume-Uni notamment, le Rapport Beveridge(10) avait initié une réforme en profondeur de tout le système de sécurité sociale et, en particulier, avait établi les bases d'un système national de santé entièrement financé par l'État. Il est bien évident qu'une telle initiative avait provoqué au niveau fédéral une remise en question des programmes de santé en vigueur au pays. Également, sur le plan social, l'État fédéral américain avait adopté en 1935, The American Social Security Act(11) qui, en plus de mettre sur pied un programme contributoire de pensions de vieillesse, permettait au gouvernement central d'opérer un vaste programme de financement ou partage des coûts des services sociaux créés et administrés par les États.

Autre fait important à remarquer: Au Canada, le mouvement en faveur des programmes sociaux a tiré profit de la conjoncture et a réussi, par l'entremise du gouvernement fédéral, à étendre à la grandeur du pays un nombre imposant de programmes sociaux et, à toutes fins pratiques, à en couler l'existence dans le ciment. En effet, lorsqu'un programme social est implanté dans toutes les provinces, en réponse à une intervention fédérale sous la forme de subventions conditionnelles, il devient extrêmement difficile pour un ordre de gouvernement ou l'autre de modifier à la baisse la portée des mesures sociales. Une fois le programme implanté, il faudrait en pratique un consensus des onze gouvernements, élus avec des programmes comparables, pour mettre fin à un programme socio-sanitaire, comme par exemple, l'assurance-santé. Ainsi, l'implication simultanée des deux ordres de gouvernement assure à la politique sociale un niveau de stabilité et de permanence à l'échelle nationale qu'elle n'aurait peut-être pas si elle était sous le contrôle d'un seul gouvernement.

2. L'INFLUENCE DE LA CONSTITUTION SUR LA NATURE DE L'INTERVENTION FÉDÉRALE

Il est difficile parfois de situer l'intervention fédérale dans le cadre de la constitution canadienne, et plus particulièrement de la division des pouvoirs législatifs qu'elle opère. D'une part, il est généralement admis, même au niveau fédéral, que les provinces possèdent une bonne majorité des pouvoirs principaux dans le domaine de la santé et des services sociaux. D'autre part, devant une acceptation quasi-unanime du rôle prédominant des provinces, l'importance toujours grandissante des structures et programmes fédéraux représente une contradiction qui refait souvent surface dans les relations fédérales-provinciales.

Pour résoudre cette contradiction, plus apparente que réelle, il faut regarder comment la division des pouvoirs a été historiquement effectuée par les tribunaux ou autrement, en tenant compte de certains principes d'interprétation constitutionnelle.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, on reproche généralement à la Constitution canadienne de parler très peu, trop peu pour être vraiment utile. À sa défense, il faut dire cependant qu'au cours des années du développement de la législation sociale, on lui a posé très peu de questions. En effet, il y a très peu d'initiatives et législations fédérales dont la validité constitutionnelle ait été contestée devant les tribunaux par les provinces ou par des particuliers pouvant justifier un intérêt suffisant pour le faire. À tel point que, après plus de 100 ans d'interprétations judiciaires d'une constitution laconique sur le sujet, le partage juridictionnel des compétences dans le domaine socio-sanitaire repose sur des bases très incertaines qui permettent souvent aux deux ordres de gouvernement de justifier leurs

interventions simultanées, pratiquement de même nature, dans un même secteur donné. Tout au plus la Constitution, et son interprétation judiciaire, permet-elle de tirer quelques lignes de force dans l'attribution des pouvoirs législatifs aux deux ordres de gouvernement.

2.1 La compétence générale

Les provinces s'opposent souvent à l'intervention du gouvernement fédéral dans le domaine socio-sanitaire en invoquant qu'elles possèdent une compétence générale sur la santé et les services sociaux en vertu de la Constitution canadienne. Cette juridiction générale est inférée de certains articles de la Loi constitutionnelle de 1867, dont notamment l'article 92.7 qui donne aux provinces la compétence législative exclusive sur:

> "L'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, des asiles, des hospices et des refuges dans les limites et pour la population de la province, sauf les hôpitaux de marine;

Cette disposition générale est appuyée de certaines autres compétences provinciales exclusives, dont notamment la juridiction sur "la propriété et les droits civils dans la province" (art. 92.13) et "généralement, toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province" (art. 92.16).

On peut s'interroger facilement sur la portée de la juridiction provinciale conférée par ces articles, et surtout par le paragraphe 7 de l'article 92. Il n'est pas absolument certain en effet que des termes utilisés comme "établissement, entretien et administration des hôpitaux, asiles, hospices et refuges" confèrent aux provinces une juridiction générale sur la santé et les services sociaux, vus comme des con-

cepts plus larges que la simple distribution de services à la population. Il est par ailleurs assez surprenant de constater que les tribunaux ne se sont à peu près pas prononcés sur la question: quelques décisions, datant du début de la confédération, se sont prononcées dans le sens d'une compétence provinciale générale mais, dans les dernières décennies, la question de la juridiction sur la santé et les services sociaux n'a pas été soulevée directement et spécifiquement aux tribunaux. Cependant, l'article 92.7 constitue l'attribution la plus générale de pouvoirs législatifs socio-sanitaires que l'on peut trouver dans la Constitution canadienne. Il faut donc en conclure que la Loi constitutionnelle de 1867 voit la province comme l'autorité générale en la matière.

À l'inverse, il est à noter que le gouvernement fédéral ne bénéficie d'aucune disposition constitutionnelle lui conférant une compétence générale dans le domaine de la santé et des services sociaux. Nous verrons un peu plus loin que le législateur fédéral peut intervenir dans le secteur sanitaire et social en utilisant de nombreux pouvoirs indirects ou spécifiques qui créent en quelque sorte l'illusion d'une compétence générale. Cependant, outre ces juridictions particulières, l'État central ne possède pas d'autres pouvoirs que ceux qui dérivent de son pouvoir de dépenser.

2.2 Le pouvoir de dépenser

Dans les secteurs de compétence provinciale exclusive, le gouvernement fédéral ne peut intervenir directement. En conséquence, celui-ci utilise un procédé indirect, c'est-à-dire qu'il verse aux gouvernements provinciaux des subventions auxquelles il attache un certain nombre de conditions que les provinces doivent respecter sous peine de perdre ces contributions. En remplacement d'un pouvoir de légiférer, on dit que le gouvernement fédéral utilise alors son pouvoir de dépenser dans les champs de juridiction provinciale.

Ce pouvoir de dépenser est assez paradoxal au point de vue constitutionnel. Disons d'abord que l'État central l'utilise parce que, en dépit de nombreuses oppositions à ce sujet, il n'a jamais été empêché de le faire par une décision claire des tribunaux. Les gouvernements provinciaux qui s'opposent à ce procédé (le Québec surtout) n'ont jamais osé le contester judiciairement, par crainte de voir la Cour Suprême approuver formellement son usage. Récemment, cependant, des tentatives ont été faites par des particuliers pour porter cette question devant les tribunaux de façon directe et globale(12).

Les motifs pour défendre ou s'opposer au pouvoir de dépenser sont très nombreux et il n'est pas dans notre propos d'en faire ici un exposé. Tant que la question n'est pas clairement tranchée par les tribunaux, on doit lui donner la présomption de constitutionnalité aux lois de subventions conditionnelles. C'est donc dire que, jusqu'à nouvel ordre, les lois conditionnelles fédérales dans le domaine socio-sanitaire, comme la Loi canadienne sur la santé(13) ou le Régime d'Assistance Publique du Canada, sont valides constitutionnellement.

2.3 Les juridictions fédérales particulières

Même s'il ne possède pas de juridiction générale dans le domaine socio-sanitaire, l'État central peut intervenir par le biais de nombreux pouvoirs législatifs de portée limitée que lui attribue la Constitution canadienne.

Ainsi, la compétence exclusive du Parlement fédéral sur le droit criminel, conférée par l'article 91,27 de la Constitution lui permet d'adopter un certain nombre de lois se situant à la frontière du droit social ou sanitaire et du droit criminel. Dans cette catégorie tombent des

lois comme la Loi sur les aliments et les drogues(14), la Loi sur les stupéfiants(15) ou la Loi sur les jeunes contrevenants(16).

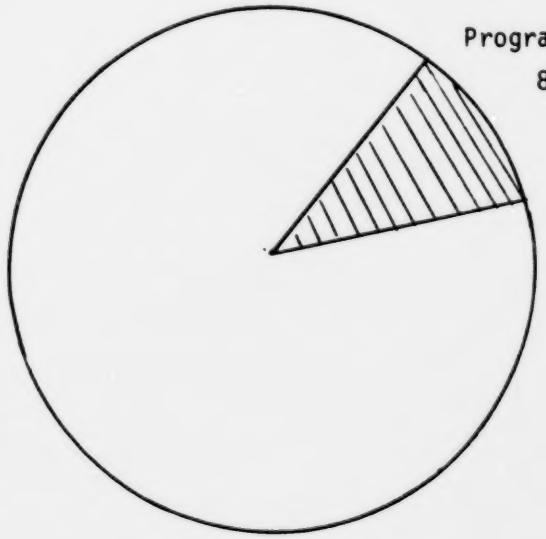
D'autres pouvoirs du gouvernement fédéral lui incombent en tant que pouvoirs législatifs ancillaires à des compétences plus générales attribuées par la Constitution. Ainsi, par exemple, les services de santé des militaires, des anciens combattants, des membres de la gendarmerie royale, des prisonniers dans les pénitenciers fédéraux sont considérés, avec de nombreuses exceptions, comme relevant de la responsabilité fédérale.

3. La description de l'intervention fédérale

En dépit du rôle limité que lui réserve la constitution canadienne, le gouvernement fédéral n'a pas structuré son intervention dans le domaine socio-sanitaire selon un modèle résiduel.

3.1 La structure générale

Au niveau des dépenses du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, il est important de distinguer les sommes consacrées aux programmes directs et les sommes versées indirectement pour la santé et les services sociaux, c'est-à-dire versées aux gouvernements provinciaux par les programmes de transfert. On note à cet égard une disproportion entre ces deux types de programmes qui contribue à confirmer l'importance des fonctions du gouvernement fédéral par le biais du pouvoir de dépenser. Pour la dernière année disponible, soit 1984-1985, le budget du M.S.N.B.E.S. pour les services sanitaires et sociaux fédéraux directs se chiffre à un peu plus de 800 millions$ tandis que le budget pour les programmes de transfert aux provinces dans le domaine socio-sanitaire totalise environ 10,1 milliards$. Le graphique 1 illustre l'importance relative des deux fonctions(17).



Même si, financièrement parlant, les programmes directs accaparent une très faible partie des budgets du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, ils en constituent l'essentiel de son activité, administrativement parlant. Tant dans le secteur de la santé que des services sociaux, de nombreux programmes ont été mis sur pied, ayant pour objet des clientèles particulières ou des secteurs particuliers sur lesquels le gouvernement fédéral peut intervenir en vertu de la constitution canadienne.

3.2 Les programmes directs

Ainsi en est-il des services socio-sanitaires s'adressant aux autochtones (Indiens et Inuits) et aux populations du Nord canadien. Bien que le gouvernement canadien n'admet pas d'emblée une responsabilité constitutionnelle entière en ce domaine, le ministère fédéral de la santé et le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien administrent un certain nombre de programmes dans les territoires sous juridiction fédérale, dans les réserves indiennes et en territoire Inuit.

Un peu de la même façon, c'est-à-dire avec une certaine ambiguité dans la prise en charge des responsabilités, l'administration fédérale assume la fourniture de services de santé pour les anciens combattants (notamment des services de prothèses et orthèses) ou défraie les coûts de ces services lorsqu'ils sont fournis par les provinces. Également, le ministère fédéral de la santé fournit certains services médicaux, dont l'étendue est toutefois mal définie, aux immigrants, aux réfugiés et aux résidents temporaires au Canada.

De plus, le gouvernement canadien a pris charge de la médecine aéronautique civile et a mis sur pied des services d'hygiène professionnelle pour tous ses employés: Et, bien entendu, les services de santé des membres des Forces Armées sont fournis ou payés par le gouvernement fédéral.

Au-delà de ces catégories de personnes, le gouvernement fédéral intervient directement dans certains secteurs spécifiques de la santé: Ainsi, en plus d'assumer les responsabilités que lui confie la constitution sur la quarantaine aux points d'entrée au Canada, il a jugé nécessaire d'instaurer un programme de mesures d'urgence en cas de désastres possibles en temps de paix ou de guerre. Et, en vertu de pouvoirs qui découlent généralement de sa compétence sur le droit criminel, il a pu adopter des législations visant la protection de la santé publique, notamment le contrôle de la qualité des médicaments et drogues, la salubrité et qualité des aliments, l'utilisation de dispositifs émettant des radiations(18).

Même si ces programmes, somme toute très résiduels, sont les seuls qui lui permettent d'exercer des responsabilités directes envers la population, le gouvernement fédéral n'entend pas limiter son action à ces secteurs de portée limitée. Au moyen de plusieurs programmes institués progressivement au cours des années, le ministère fédéral de la santé a tendance à s'attribuer une responsabilité générale sur la santé et les services sociaux et n'hésite pas à se présenter comme le maître d'oeuvre principal de l'établissement et de la bonne marche du système canadien de santé. Il est à noter que, pour le gouvernement canadien, les services de santé (et à moindre titre, les services sociaux) au Canada constituent, dans une bonne mesure, un système à l'échelle nationale. En effet, pour Ottawa, les gouvernements provinciaux ne sont que les dispensateurs de services de santé et les programmes provinciaux, qui ne semblent jamais constituer un système, ne sont considérés que comme des parties du système national. Les provinces, et surtout le Québec, ont quelquefois de la difficulté à comprendre l'attitude du gouvernement fédéral dans le domaine socio-sanitaire parce qu'elles oublient que l'État central s'attribue, à tort ou à raison, un rôle beaucoup plus large que celui que la constitution lui reconnaît.

3.3 Les programmes de transferts aux provinces

Le gouvernement fédéral accorde des subventions conditionnelles aux provinces en vertu d'un système complexe de lois, règlements et ententes intergouvernementales. À l'heure actuelle, ce système se compose de quatre volets principaux. Un premier volet est constitué par la Loi canadienne sur la santé. Les trois autres volets se situent principalement dans le secteur des services sociaux, soit le Régime d'assistance publique du Canada, l'entente sur les jeunes contrevenants(19) et la Loi de la réadaptation professionnelle des invalides(20). Et, même si cette question ne fait pas partie de la présente étude, il ne faut pas oublier l'importante contribution financière fédérale à l'enseignement post-secondaire. Celle-ci ne fait pas l'objet d'une loi conditionnelle mais est calculée et versée en vertu de la Loi sur les arrangements financiers.

3.3.1 La Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé a été adoptée en 1984 en remplacement de deux lois fédérales, soit la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. Cette nouvelle loi a essentiellement pour fonction d'établir les conditions d'attribution des subventions fédérales relatives aux services de santé qui sont calculées et payées en vertu d'une autre loi fédérale, la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé(21). C'est-à-dire que pour être éligibles à la partie de la contribution fédérale payable en argent, les programmes provinciaux d'assurance-santé doivent être structurés de façon à répondre aux critères énoncés dans la loi fédérale.

Cette nouvelle loi fédérale a été l'objet d'un débat acrimonieux avec les provinces lors de son adoption en 1983-1984 pour de nombreuses raisons, dont voici les principales:

- les provinces étaient d'avis que la Loi sur la santé ajoute de nouvelles conditions à celles déjà énoncées dans les lois fédérales;

- cette augmentation des obligations contraste avec la diminution du financement fédéral résultant des arrangements financiers de 1977;

- la nouvelle loi abandonne le procédé des ententes intergouvernementales qui permettait d'assurer une certaine souplesse dans l'application de la loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation;

- les conditions énoncées sont devenues trop contraignantes pour les provinces et risquent de les priver de la marge de manoeuvre nécessaire à la bonne marche des programmes d'assurance-santé.

Effectivement, l'application de la Loi canadienne sur la santé a entraîné un certain nombre de modifications importantes dans les systèmes de santé de plusieurs provinces. Notamment, l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta, la Saskatchewan et la Nouvelle-Ecosse ont procédé à l'abolition de la surfacturation par les médecins. Dans d'autres provinces, dont le Québec, la nouvelle loi fédérale a posé d'autres contraintes, plus particulièrement dans l'usage des contributions des usagers, communément appelés frais modérateurs.

Cependant, le gouvernement fédéral actuel ayant adopté résolument une attitude de souplesse envers les provinces, la Loi canadienne sur la santé a pu être appliquée depuis un certain temps sans autres réductions des contributions fédérales et sans trop de modifications aux

politiques provinciales. Dans un avenir plus ou moins rapproché, certains prévoient cependant que la loi devra ou pourra être appliquée avec une plus grande rigueur (sinon rigidité) et, ainsi, de sérieux problèmes intergouvernementaux vont se poser. Il est vrai que, au-delà des difficultés d'application des conditions de la loi, c'est toute l'intervention fédérale en matière de santé qui est remise en question, surtout, comme nous le verrons plus loin, avec les développements de ces dernières années.

3.3.2 Le Régime d'assistance publique du Canada (R.A.P.C.)

Instauré en 1966, le Régime d'assistance publique du Canada avait pour but de permettre l'intégration des programmes de partage de frais en vigueur jusque-là et également l'extension du financement fédéral-provincial au secteur des services sociaux en vue de favoriser leur développement.

Le R.A.P.C. effectue le partage des coûts des services sociaux selon des principes complexes et quelquefois nébuleux. On pourrait en résumer ainsi les principaux éléments:

- les services sociaux sont partageables dans le R.A.P.C. soit au titre de "services de bien-être social", soit en tant que services compris dans la définition "d'assistance publique". Les conditions ne sont pas identiques dans les deux catégories, ce qui complique singulièrement l'établissement des services couverts;

- dans le cas des services de bien-être social, le partage financier ne couvre pas tous les éléments de service et tous les types de coûts, si bien que la part des services sociaux effectivement payée par le fédéral n'est pas de 50% des dépenses, mais beaucoup moins, de l'ordre de 40%;

- d'après l'interprétation donnée au R.A.P.C., le partage des services sociaux n'est possible que lorsque les services sont fournis à des personnes "dans le besoin" (test de besoin) ou "susceptibles de le devenir" si les services ne sont pas données (test de proximité de besoin). À noter que le besoin du service comme tel ne constitue pas un critère dans le test de proximité du besoin.

Dans les faits, le partage des services sociaux est une opération complexe et difficile, ce qui a fait souvent conclure que, en cette matière, le R.A.P.C. ne réalise pas ses objectifs, tels qu'exprimés dans son préambule à l'effet de prévenir et de supprimer les causes de la pauvreté et encourager "l'élargissement...des services de bien-être social". Il est vrai que le R.A.P.C. date déjà de plus de vingt ans et que les programmes de services sociaux mis sur pied par les provinces sont très différents parfois de ce qui a été inclus dans les définitions et catégories du Régime. Dans certains dossiers, il faut des années de négociations avant de conclure à l'admissibilité ou l'inadmissibilité au partage des coûts. Aussi n'est-il pas surprenant de constater que les règlements financiers définitifs sous le R.A.P.C. retardent pendant de nombreuses années. Ceci s'explique vraisemblablement par le fait que le R.A.P.C. n'ayant pas institué d'autorité juridique pour trancher définitivement et rapidement les litiges, aucune des autorités, fédérales ou provinciales, n'accepte facilement d'abandonner ses positions.

Pour plusieurs, il ne fait aucun doute que le R.A.P.C. doit être restructuré, surtout en ce qui concerne les services sociaux. Et d'ailleurs, pendant les années '70, plusieurs tentatives ont été faites en ce sens à l'occasion de la révision fédérale-provinciale de la sécu-

rité sociale. Également, les réformes actuellement envisagées au niveau fédéral relativement aux services de garde et à la famille pourraient facilement remettre en question le partage des mêmes services en vertu du R.A.P.C.

Cependant, les provinces n'acceptent pas facilement l'idée de reprendre le R.A.P.C. surtout par crainte de le remplacer par un système encore plus complexe.

3.3.3 L'entente sur les jeunes contrevenants

Les services d'accueil et de réadaptation fournis aux jeunes délinquants ou jeunes contrevenants ont depuis longtemps été refusés pour le partage des coûts en vertu du R.A.P.C.

En conséquence, vers le milieu des années '70, le gouvernement fédéral a décidé de conclure avec un certain nombre de provinces où le problème se pose une entente spécifique de partage financier des services de bien-être social offerts aux jeunes délinquants.

En 1984, lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale sur les jeunes contrevenants, en remplacement de la Loi sur les jeunes délinquants(22), une nouvelle entente spécifique a été négociée pour permettre de continuer, sur des bases remaniées, le partage des coûts des services offerts aux jeunes contrevenants. À l'heure actuelle, l'entente a été acceptée par quelques provinces mais, jusqu'à maintenant, le Québec a jugé préférable de retarder son acceptation car la nouvelle entente opère un changement important dans les principes du partage des coûts des services sociaux aux jeunes et accentue le développement d'une politique fédérale avec laquelle le Québec n'a pas toujours été en accord.

En effet, la nouvelle entente achemine le financement des services aux jeunes contrevenants par une voie complètement différente du R.A.P.C. qui sert à financer les services offerts aux jeunes en besoin de protection. Ce dédoublement du financement fédéral pour des services de même nature entraîne un certain nombre de conséquences dans le cas du Québec:

- Le dédoublement rend beaucoup plus difficile l'administration du partage des frais pour les services sociaux aux jeunes. Le Québec ayant une structure de services basée sur la "mixité" des clientèles de protection et de jeunes contrevenants, des problèmes d'admissibilité des services à l'une ou l'autre ententes (R.A.P.C. et jeunes contrevenants) se posent et la coordination entre les deux systèmes, administrés par deux ministères différents (Santé nationale et Bien-être social pour le R.A.P.C. et Solliciteur général pour les jeunes contrevenants) est difficile à réaliser.

- L'entente sur les jeunes contrevenants propose une approche plus judiciaire et criminalisante que le R.A.P.C. De ce fait, elle risque d'entraîner le système québécois vers une conception de judiciarisation des services aux jeunes alors que tous les efforts des dernières années au Québec ont été placés vers la "déjudiciarisation du système".

3.3.4 La Loi de la réadaptation professionnelle des invalides

Cette loi fédérale permet le partage des coûts d'un ensemble plus étendu de services que le R.A.P.C., offerts à une clientèle plus spécifique déterminée non pas selon des critères financiers comme dans le R.A.P.C. mais selon le handicap physique ou mental.

Toutes les provinces ont conclu des ententes en vertu de cette loi, sauf le Québec. La possibilité de signer une telle entente est actuellement à l'étude par le gouvernement du Québec.

4. Les enjeux soulevés par la situation fédérale-provinciale

Pour l'observateur qui décrit l'un après l'autre les programmes fédéraux ou fédéraux-provinciaux dans le domaine socio-sanitaire, un peu comme nous venons de le faire, la situation intergouvernementale n'apparaît, somme toute, pas si complexe. D'ailleurs, les nombreuses publications fédérales décrivant en détail les programmes conjoints, comme par exemple le Répertoire intitulé "Programme et activités fédéraux provinciaux"(23) sont surprenants de simplicité et de limpidité.

La simplification est précisément le piège à éviter car combien de fois ceux qui sont appelés à travailler dans ce domaine en arrivent tristement et humblement à la conclusion que "les arbres leur cachent la forêt". Par exemple, sur une période d'à peine quelques années, l'euphorie des arrangements financiers de 1977, soulevée par leur apparente inconditionnalité, a dû faire place au débat acrimonieux de 1984 sur les "conditions" inacceptables posées par la Loi canadienne sur la santé. En fait, même les observateurs les plus avertis n'ont pu pressentir en 1977 quels seraient les effets à plus long terme des changements à la formule de financement de la santé et de l'éducation postsecondaire. Encore plus récemment, on peut voir jusqu'à quel point les discussions constitutionnelles sur le pouvoir fédéral de dépenser (utilisé principalement en matières sociales) soulèvent des difficultés et des ambivalences: Après avoir accepté, avec une aisance relative, le principe du droit de retrait avec compensation financière, on s'aperçoit, tant au niveau fédéral et provincial, que l'application pratique d'une formule remet en cause les principes fondamentaux du fédéralisme canadien.

Il est évidemment impossible dans le cadre restreint de ce travail de brosser un tableau complet de la problématique fédérale-provinciale en

ce qui concerne la santé et les services sociaux. En conséquence, nous nous limiterons à décrire brièvement les enjeux soulevés au cours des dernières années et qui se posent de façon plus cruciale dans la situation actuelle.

4.1 La situation interprovinciale

Pour comprendre la perspective fédérale-provinciale et les enjeux qu'elle implique, il est important de regarder comment les programmes fédéraux de subventions conditionnelles s'appliquent dans les autres provinces (et territoires) et de connaître la situation des provinces entre elles en face de l'intervention fédérale.

L'application des programmes fédéraux entre les provinces canadiennes est différente dans le cas de la santé et des services sociaux.

- Dans le Régime d'assistance publique du Canada (R.A.P.C.), le partage des coûts (50% des coûts admissibles) est censé, en principe, impliquer que le gouvernement fédéral verse plus d'argent dans les provinces plus pauvres parce que les coûts de l'assistance financière et des services sociaux y sont généralement plus élevés. Pour la dernière année disponible (1984-1985), les versements aux provinces et aux territoires en vertu du R.A.P.C. apparaissent au tableau 2.

TABLEAU 2

PROVINCE	DÉPENSES* 1984-1985 (millions $)	% CONT.	% POPULATION	PER CAPITA ($)
Terre-Neuve	74.0	1.8	2.3	138
Ile-du-Prince Édouard	17.6	4.0	0.4	177
Nouvelle-Écosse	104.7	2.6	3.4	131
Nouveau-Brunswick	126.2	3.1	2.8	194
Québec	1,513.1	37.8	26.0	232
Ontario	943.5	23.6	35.0	107
Manitoba	132.2	3.3	4.2	118
Saskatchewan	143.5	3.6	4.0	193
Alberta	334.3	8.3	9.3	178
Colombie-Britannique	598.8	14.9	11.4	202
TOTAL	4,000.5			

* Source: Bureau des relations fédérales-provinciales, programmes et activités fédéraux-provinciaux, 1985-1986, p. 213.

Cependant, le niveau de l'assistance financière varie beaucoup d'une province à l'autre, de même que le niveau de développement des services sociaux, ce qui a une influence marquée sur la part des contributions du R.A.P.C. dans chaque province. Également, il faut tenir compte du fait que le R.A.P.C. ne couvre pas toujours les mêmes programmes dans toutes les provinces.

- Dans le secteur de la santé, la redistribution interprovinciale est le résultat de l'utilisation du per capita national pour établir la base de la contribution fédérale. En effet, depuis les arrangements financiers de 1977, le gouvernement fédéral utilise une méthode, partiellement en vigueur jusque-là, et détermine sa contribution à partir du coût per capita, dans une année de base, de tous les services de santé considérés dans les arrangements financiers, peu importe le niveau de développement du système ou des dépenses dans une province donnée. Or, généralement, le niveau de dépenses est inférieur dans les provinces plus pauvres et la contribution fédérale peut ainsi totaliser un % très varié des dépenses des différentes provinces.

TABLEAU 3

Estimation des contributions du FPE (Santé) en 1985-1986
et comparaisons avec les dépenses estimatives des provinces
en matière de santé

	CONTR. EN ESPÈCES	ABATTEMENT FISCAL ET PÉRÉQ.	TOTAL (1) ET (2)	TOTAL DES DÉP. PROV. DE SANTÉ	(3) EN % DE (4)
		(millions $)			
PROV.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
T.N.					44.9
I.P.E.	170.3	87.1	257.4	572.8	46.8
N.É.	258.2	132.1	390.2	864.2	45.2
N.B.	211.0	107.9	318.8	697.4	45.7
QUÉBEC	1,475.5	1,441.4	2,916.9	7,354.2	39.7
ONT.	2,497.4	1,519.9	4,017.3	9,235.6	43.5
SASK.	313.6	160.4	474.0	1,186.6	39.9
MAN.	321.0	130.7	451.8	1,103.0	41.0
ALB.	561.7	478.9	1,040.5	3,146.5	33.1
C.B.	811.3	470.2	1,281.5	3,213.4	39.9
T.N.O.	13.6	8.9	22.6	88.5	25.5
YUKON	5.9	4.1	10.1	28.8	35.1
TOTAL	6,676.7*	4,560.7*	11,237.4*	27,661.4**	40.6

* Source: Ministère des Finances pour les données sur le FPE.
** Source: Santé et Bien-être social Canada (SBSC) pour les dépenses provinciales de santé.

4.2 Le pouvoir de dépenser et la responsabilité fédérale

L'utilisation, par le gouvernement fédéral, du mécanisme des subventions conditionnelles pose un certain nombre de problèmes aux deux niveaux de gouvernement. L'adoption en 1984 de la Loi canadienne sur la santé a mis en évidence la problématique entourant la mise en application des programmes de partage des coûts.

Les subventions conditionnelles sont souvent perçues par l'administration fédérale et par la population comme devant donner les mêmes résultats qu'une juridiction directe. Autrement dit, tout en admettant que ces programmes se situent dans des champs de juridiction provinciale, on accepte mal les limites inhérentes au procédé de l'intervention indirecte et la nécessité d'élaborer des aménagements administratifs avec les gouvernements provinciaux.

Les discussions entourant l'adoption de la Loi canadienne sur la santé ont montré les limites implicites au pouvoir de dépenser. Sous peine de tomber dans la lapalissade, on peut dire que l'utilisation du pouvoir de dépenser doit impliquer une dépense de la part du gouvernement fédéral. Aussi évident que cela puisse paraître, la Loi canadienne sur la santé oublie ce principe fondamental et est entièrement fondée sur la possibilité pour le fédéral de réduire sa contribution à la province récalcitrante. Or, l'existence du rôle fédéral dépendant essentiellement de sa présence financière, la mécanique de la loi aboutit à un certain paradoxe, que la ministre du temps, l'Honorable Monique Bégin avait noté, sans y apporter toutefois de solution (24):

> Le total des contributions que le gouvernement du Canada verse aux provinces pour les servi-

> ces de santé est très important. Une province qui refuserait constamment de satisfaire aux conditions et qui perdrait de ce fait sa contribution fédérale en espèces aurait probablement un effort considérable à fournir pour pour compenser la perte des contributions du gouvernement fédéral. Si la contribution totale était retenue, cela pourrait peut-être entraîner une interruption des services de santé dans la province. C'est la dernière chose que le gouvernement du Canada voudrait pour les Canadiens. Cette solution pourrait créer une situation pire que le problème à régler.

Que le gouvernement fédéral réduise en tout ou en partie ses contributions, le problème reste le même: l'intervention fédérale ne se justifie que par le pouvoir de dépenser de sorte que toute modification à la loi conditionnelle fédérale sans modification au régime financier risque d'aboutir à une absurdité: toute augmentation des obligations des provinces sans augmentation correspondante de la contribution fédérale équivaut, non pas en un exercice par le fédéral du pouvoir de dépenser, mais, en pratique, crée un pouvoir de faire dépenser les provinces.

Si l'utilisation du pouvoir de dépenser ne confère pas au gouvernement fédéral l'équivalent d'une juridiction directe, il faut admettre également que la responsabilité de l'État central d'effectuer de tels paiements reste très incertaine. En effet, les contributions sont faites sur une base volontaire, c'est-à-dire que le gouvernement fédéral n'est pas tenu constitutionnellement d'établir ou de maintenir un tel systè-

me. Évidemment, il faut considérer les termes du nouvel article 36(1) et (2) de la Constitution canadienne qui, depuis 1981, établit en termes très généraux, une certaine obligation juridique d'effectuer des paiements de transferts. L'article 36 se lit comme suit:

> 36. (1) Sous réserve des compétences législatives du Parlement et des législatures et de leur droit de les exercer, le Parlement et les législatures, ainsi que les gouvernements fédéral et provinciaux, s'engagent à:
>
> a) promouvoir l'égalité des chances de tous les Canadiens dans la recherche de leur bien-être;
>
> b) favoriser le développement économique pour réduire l'inégalité des chances;
>
> c) fournir à tous les Canadiens, à un niveau de qualité acceptable, les services publics essentiels.
>
> (2) Le Parlement et le gouvernement du Canada prennent l'engagement de principe de faire des paiements de péréquation propres à donner aux gouvernements provinciaux des revenus suffisants pour les mettre en mesure d'assurer les services publics à un niveau de qualité et de fiscalité sensiblement comparables.

Sans conclure que cet article, et plus particulièrement son paragraphe (2), n'est d'aucune utilité pour les subventions conditionnelles, il faut remarquer que ces dispositions visent essentiellement la péréqua-

tion, c'est-à-dire le rétablissement, par le gouvernement fédéral, d'une certaine égalité dans les capacités fiscales et financières entre les provinces. L'obligation ou la responsabilité juridique d'aller au-delà de la péréquation pour financer une partie de certains programmes provinciaux n'existe toujours pas dans la Constitution, à moins de donner au paragraphe (1) de l'article 36 une signification très large.

En pratique, l'engagement du gouvernement fédéral dans la politique sociale est historique et politique: À partir du moment où le gouvernement central a voulu ou a accepté de s'impliquer dans une proportion des coûts de tel ou tel programme provincial, il accepte en quelque sorte la responsabilité politique de respecter et poursuivre son engagement.

D'ailleurs, cet engagement reste relativement diffus dans le temps et dans les programmes de subventions conditionnelles. D'abord, il n'y a pas d'entente générale entre les deux niveaux de gouvernements sur la nature de leurs obligations respectives lorsqu'un programme fédéral-provincial est mis sur pied. La Loi sur les accords fiscaux qui détermine le niveau des paiements de transferts dans le domaine de la santé est, contrairement à ce que son titre laisse entendre, une loi fédérale qui peut être modifiée par le Parlement fédéral comme toute autre loi. Le fait que le gouvernement fédéral accepte de rediscuter tous les cinq ans des principes de cette loi n'assure aucune garantie pour les provinces du comportement du gouvernement fédéral. D'autre part, seul le Régime d'assistance publique du Canada repose sur la signature d'une entente fédérale-provinciale qui assure la continuation du programme pendant au moins un an car, dans le domaine de l'assurance-santé, la Loi canadienne sur la santé a mis fin au régime des ententes qui, auparavant, assuraient l'application de la Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

En conséquence de ce système aux fondements incertains, il faut noter que l'intervention fédérale est en perpétuel mouvement, au gré des contraintes politiques et financières. Depuis l'introduction des premières subventions conditionnelles, le gouvernement fédéral a périodiquement modifé substantiellement son système, sans que les provinces ne soient jamais en mesure de se fier à une structure relativement stable établie sur des principes relativement clairs. Ainsi, comme nous le verrons plus loin, la période agitée des années '60 ou le fédéral s'engagea résolument dans la politique sociale par les grands programmes de subventions conditionnelles, tels l'assurance-hospitalisation, assurance-maladie et régime d'assistance publique, devait être immédiatement suivie d'une période où l'administration centrale remettait en question la formule de financement et l'absence de contrôles fédéraux sur les dépenses. Et, plus tard, les arrangements de 1977, qui sont pourtant supposés refléter les préoccupations fédérales des années '70, ont été complètement modifiés d'abord par la Loi canadienne sur la santé en 1984 et, tout récemment, par la Loi C-96 effectuant une réduction cumulative de 2% dans le taux d'augmentation des paiements de transferts.

La responsabilité uniquement politique peut même permettre au gouvernement fédéral d'envisager l'imposition d'obligations aux provinces à un coût minime, sinon inexistant! En effet, si la logique et les effets de la Loi C-96 se poursuivent indéfiniment dans le temps, il faut conclure que, selon une analyse récemment faite par le ministère des Finances(25), la contribution fédérale en capital pour l'éducation post-secondaire et la santé sera réduite à zéro en l'an 2000, sauf pour la partie payable pour les soins complémentaires de santé. On peut certes s'interroger sur l'effet véritable qu'aurait à ce moment-là la Loi canadienne sur la santé alors que la contribution fédérale pour la santé ne pourrait plus être réduite pour sanctionner les manquements des provinces aux standards nationaux. Cependant, il faut garder à l'esprit que le gouvernement fédéral pourrait réduire d'autres paie-

ments de transferts (ceux afférents à la péréquation, par exemple) pour forcer la province récalcitrante à se conformer à une de ses lois qu'il juge essentielle à l'intérêt national.

Une telle solution semble difficilement concevable; toutefois, il y est fait allusion dans le Rapport du groupe de travail chargé de l'examen des programmes (Rapport Nielsen) au titre de la santé (Rapport Chatfield)(26). En effet, après avoir proposé dans une des stratégies avancées que la contribution fédérale prenne la forme d'un transfert fiscal, le rapport offre comme solution à l'absence de pénalisation monétaire à l'intérieur de la Loi canadienne sur la santé que "le gouvernement fédéral aura toujours le pouvoir d'obliger par la loi une province récalcitrante à se conformer aux conditions si cela est nécessaire". Évidemment, le rapport ne dit pas clairement de quelle sanction il s'agirait mais étant donné que le seul levier du fédéral pour faire respecter la loi canadienne sur la santé est financier, il lui faudra utiliser d'autres programmes de transferts lorsque sa contribution pour l'assurance-santé sera réduite pratiquement à zéro.

Le système de subventions conditionnelles a une existence relativement précaire et, dans un tel contexte, la situation des provinces est souvent paradoxale. D'abord, celles-ci se voient dans l'obligation d'accepter, et même de demander, une présence fédérale dans des secteurs d'activités qui sont considérés comme étant de juridiction provinciale exclusive. La contradiction est plus apparente que réelle en autant qu'il est accepté que le fait pour le gouvernement central de défrayer une partie des coûts ne constitue pas une intrusion dans une juridiction provinciale.

Cependant, il est très clair que le gouvernement central n'assume aucune responsabilité sans contrepartie et que l'octroi de subventions conditionnelles lui assure un niveau de contrôle de fait relativement

important sur la politique sociale et le développement des programmes sanitaires et sociaux. Sauf pour ce qui est de la péréquation, il est difficile d'imaginer que le gouvernement fédéral va financer une partie appréciable des dépenses provinciales sans exiger en retour la réalisation de certaines normes nationales. Pour les provinces, invoquer une juridiction exclusive sur la santé et les services sociaux voudrait normalement dire la responsabilité entière d'assumer les dépenses à 100% et de taxer en conséquence.

L'attitude des provinces d'ailleurs prend pour acquis qu'une partie du financement de la santé et des services sociaux doit provenir du gouvernement central dans l'état actuel des finances de la confédération. Évidemment, cette attitude est, pour une bonne part, adoptée en réaction à la politique fédérale qui a imposé le recours aux subventions conditionnelles. Dans ce sens, on pourrait dire que le gouvernement central est pris à son propre jeu car, une fois que des programmes sont instaurés dans des paramètres donnés sous l'influence des subventions fédérales, les provinces ont certainement un droit moral ou une attitude justifiée d'exiger la continuation du financement dans un ordre de grandeur comparable.

De là à développer une habitude du recours systématique au financement fédéral, il n'y a qu'un pas qui est souvent franchi par les provinces. En effet, il arrive très souvent que la mise sur pied d'un nouveau programme au niveau provincial soit accompagnée d'une demande pour que le gouvernement central défraie une partie des coûts, un peu comme s'il avait une responsabilité générale de financer une partie des budgets provinciaux. À cet égard, on avance souvent l'opinion que les besoins des provinces dépassent de beaucoup leurs capacités financières et que les ressources fédérales sont pratiquement illimitées. Ceci a peut-être déjà été vrai à la fin de la deuxième guerre mondiale jusqu'au milieu des années '70. Cependant, dans l'état actuel des finances

fédérales, comme de celles des provinces d'ailleurs, cette ligne de pensée doit être remise en question.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, les deux ordres de gouvernements doivent être situés l'un par rapport à l'autre dans le temps et de façon dynamique. En d'autres mots, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent affecter une certaine cohérence dans leurs décisions et dans les relations complexes qu'ils entretiennent. À cet égard, l'évolution des relations fédérales-provinciales au cours des dernières années est révélatrice des difficultés profondes.

4.3 L'évolution récente des arrangements fédéraux-provinciaux

4.3.1 Les Programmes de santé et programmes de financement

Au moyen des subventions conditionnelles, le gouvernement fédéral s'est impliqué profondément dans les programmes de santé. Etant donné les limites qu'impose la Constitution canadienne, sa responsabilité au niveau de l'assurance-santé est uniquement financière. Cependant, même si elle est indirecte, cette responsabilité demeure néanmoins très importante pour le maintien et la continuation des programmes d'assurance-santé mis sur pied par les gouvernements provinciaux.

Les modifications apportées à la structure du financement fédéral de la santé au cours des dernières années, et plus particulièrement lors des arrangements financiers de 1977, ont introduit une certaine confusion sur la nature du rôle fédéral et sur la problématique entourant les subventions conditionnelles en matière de santé.

En effet, avant 1977, le financement fédéral de la santé, c'est-à-dire le calcul de la contribution monétaire, était opéré dans la même légis-

lation que celle prévoyant les conditions donnant ouverture aux paiements fédéraux: Ainsi, pour les soins hospitaliers et les soins médicaux respectivement, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services disgnostiques et la Loi sur les soins médicaux prévoyaient, dans un même cadre, et les conditions d'octroi des paiements de transferts et la formule de calcul de la contribution. Cette jonction des conditions et du financement permettait d'identifier facilement les programmes fédéraux comme des programmes de santé, sous la responsabilité administrative et politique du ministre fédéral de la santé. La population et les gouvernements provinciaux étaient de ce fait plus en mesure de constater la portée exacte des décisions du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé et de réagir en conséquence. Également, il était plus facile de circonscrire la problématique des paiements de transferts dans le secteur santé et de s'adresser à cette problématique de façon plus spécifique. Et, encore plus important, il était très difficile pour le gouvernement fédéral de modifier le niveau de sa contribution financière ou les conditions d'octroi en vase clos car les deux parties du système étaient réunies dans une même législation: Autrement dit, les programmes fédéraux dit "d'assurance-santé" étant en fait uniquement des programmes de financement intergouvernemental, toute modification à la formule de financement était facilement perçue comme une modification aux programmes, autant d'ailleurs qu'une modification aux conditions d'octroi. L'intervention fédérale en santé appartenait très clairement au forum santé.

Les arrangements financiers de 1977 ont mis fin à cette relation structurelle entre le financement et les conditions "programmatiques". Désormais, l'intervention fédérale dans le secteur santé fera l'objet de deux législations différentes: D'une part, la partie financière, c'est-à-dire le calcul et l'attribution de la contribution fédérale sont opérés dans la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gou-

vernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé (27). D'autre part, les conditions d'octroi de cette contribution, c'est-à-dire les paramètres du système d'assurance-santé que doivent respecter les provinces pour obtenir le versement de la contribution, sont prévues dans d'autres législations, administrées par un autre ministère fédéral, celui de la santé nationale et du bien-être social. En 1977, les lois "programmatiques" étaient toujours la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services disgnostiques et la Loi sur les soins médicaux qui ont été dépouillées de leurs mécanismes financiers. Ces deux lois ont été remplacées en 1984 par la Loi canadienne sur la santé.

Ce changement peut paraître avoir une signification purement formelle. En pratique, cependant, il est responsable en grande partie des difficultés qu'éprouvent les provinces depuis les accords fiscaux de 1977. En effet, dans le nouveau système, les discussions sur les subventions fédérales en assurance-santé sont éparpillées entre plusieurs ministères fédéraux et ne relèvent plus de la responsabilité première du Ministre de la santé nationale et du bien-être social. En conséquence, les provinces, dont notamment le Québec, ont de la difficulté à se "positionner" et à intervenir de façon cohérente face aux prises de décisions du gouvernement central. La problématique du programme fédéral d'assurance-santé n'est plus abordée dans un contexte séparé et dans un forum approprié mais est, au contraire, diffuse dans les discussions complexes entourant les arrangements financiers et confondue avec d'autres éléments des transferts intergouvernementaux, comme l'enseignement post-secondaire et la péréquation. Désormais, le dossier de l'assurance-santé fédérale appartient tout autant aux ministres des Finances des deux niveaux de gouvernement; ceci a évidemment pour effet de "teinter" en discussions d'ordre financier un dossier qui concerne essentiellement l'entente fédérale-provinciale en matière de santé. Sans vouloir remettre en cause la compétence des ministres des

Finances dans les questions de transferts intergouvernementaux, on doit admettre qu'ils sont mal placés pour comprendre toutes les implications de l'assurance-santé. Autre effet encore plus néfaste du nouveau système est que le ministre de la Santé nationale n'est plus identifié par la population et même les autorités publiques, comme le premier responsable des décisions du gouvernement central relatives aux subventions conditionnelles dans le domaine de la santé. Ainsi, les développements survenus au cours des dix dernières années amènent à penser que le gouvernement canadien a su tirer profit de cette conjoncture.

4.3.2 De l'engagement au désengagement

Des premières années d'application des programmes fédéraux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, jusqu'à 1977, on peut caractériser l'attitude du gouvernement fédéral comme une attitude d'engagement financier dans les efforts faits par les provinces pour mettre sur pied des programmes d'assurance-santé. En effet, les deux programmes fédéraux étaient basés sur le principe du partage des coûts, c'est-à-dire que le gouvernement fédéral devait assumer une proportion (entre 40 et 50% au Québec) des coûts afférents aux programmes visés par le partage, et en conséquence, de toute augmentation des coûts de ces programmes. Ce principe avait les deux conséquences suivantes:

- Les dépenses fédérales en matière de santé étaient entièrement liées aux dépenses provinciales. Par suite de l'augmentation très rapide des coûts au début des années '70, le fédéral voyait ses budgets pour la santé augmentés dans les mêmes proportions que les budgets provinciaux. Ainsi, le gouvernement fédéral était pris à son propre piège, devant assumer les coûts des programmes qu'il avait fortement "incité" à mettre sur pied.

- Étant donné que les contributions fédérales étaient calculées et versées en vertu des mêmes lois qui établissaient les conditions de base de l'assurance-santé, le gouvernement fédéral était ainsi identifié ou "responsabilisé" dans les décisions qu'il prenait concernant ces programmes. S'il voulait contrôler ses coûts, il devait modifier la Loi sur l'assurance-hospitalisation fédérale ou la Loi sur les soins médicaux et prendre la responsabilité politique de son geste. À l'inverse, s'il voulait modifier les programmes à la hausse, il devait assumer une partie importante des dépenses additionnelles qu'il voulait inciter les provinces à engager.

Le gouvernement fédéral a réussi à changer radicalement les règles du jeu en 1977, à l'occasion de la mise en place des arrangements financiers pour la période 1977-1982. Ces changements étaient essentiellement de deux ordres:

- D'abord, le calcul et le versement des contributions fédérales seraient dorénavant fait dans une loi différente (appelée la Loi sur les accords fiscaux et le financement des programmes établis ou F.P.E.) des lois fédérales établissant les conditions de base donnant ouverture à ces paiements. Ainsi, la relation naturelle entre le programme fédéral et la contribution était amoindrie considérablement, sinon disparue. Le gouvernement fédéral avait ainsi "désengagé" sa contribution financière des programmes qu'il entendait maintenir.

- Ensuite, à partir de 1977, la contribution fédérale serait établie par une formule dite "globale", c'est-à-dire sans relation avec les coûts réels des programmes provinciaux. Ainsi, à partir d'une année de base, la contribution fédérale varierait chaque année suivant une formule tenant compte de l'augmentation du P.N.B. et de l'augmentation de la population dans la province.

4.3.3 La tendance des dix dernières années

Au cours des dix dernières années, le gouvernement fédéral a utilisé abondamment les possibilités que lui laissent les arrangements de 1977.

- Engagement législatif:

  En 1984, le Parlement canadien a adopté la Loi canadienne sur la santé, malgré l'opposition farouche d'une majorité des provinces. En plus d'intégrer les lois fédérales de l'assurance-hospitalisation et des soins médicaux, cette loi a pour effet d'augmenter sensiblement les conditions fédérales et, par conséquent, de provoquer une augmentation des coûts pour les provinces. Il est à noter que cette opération de "bonification" et de "resserrement" du programme ne coûte rien de plus au gouvernement fédéral, car, depuis 1977, il n'y a plus de relation entre les coûts et la contribution fédérale. Ainsi, le ministre fédéral de la santé qui est devenu, à toutes fins pratiques, un ministre sans portefeuille en ce qui concerne l'assurance-santé, peut modifier à la hausse les conditions fédérales et tout l'impact financier de ses décisions incombe entièrement aux provinces. Même plus, si la province décide de ne pas "obéir" aux politiques fédérales, les contributions fédérales seront diminuées en proportion du manquement. Situation rêvée pour un ministre de pouvoir bonifier un programme social sans avoir à se présenter au Conseil du trésor à moins que ce soit pour leur remettre de l'argent!

- Désengagement financier:

L'évolution du financement fédéral présente un contraste assez frappant avec l'augmentation des conditions imposées par la Loi canadienne sur la santé.

L'évolution du financement fédéral est particulièrement apparente lorsque l'on considère l'évolution de la proportion que représente le financement fédéral par rapport aux dépenses de la santé pour le Québec.

Le tableau 4 montre l'évolution du taux de financement fédéral des dépenses de santé et de services sociaux au Québec. Le tableau 5 représente ces taux sous forme graphique. On remarquera que cette analyse ne distingue pas les dépenses de santé et celles de services sociaux par suite de la grande difficulté d'établir une ligne démarcative entre ces deux secteurs. Également, l'univers des dépenses de santé et de services sociaux déterminé dans l'analyse est à peu près constant entre 1975-1976 et 1986-1987, c'est-à-dire que la proportion de la contribution fédérale a été calculée sur l'ensemble des services qui peuvent être considérés comme services de santé et services sociaux, tant en 1975- 1976 qu'aujourd'hui, même si en 1975-1976, certains de ces services n'étaient pas inclus dans le partage fédéral-provincial(28).

TABLEAU 4

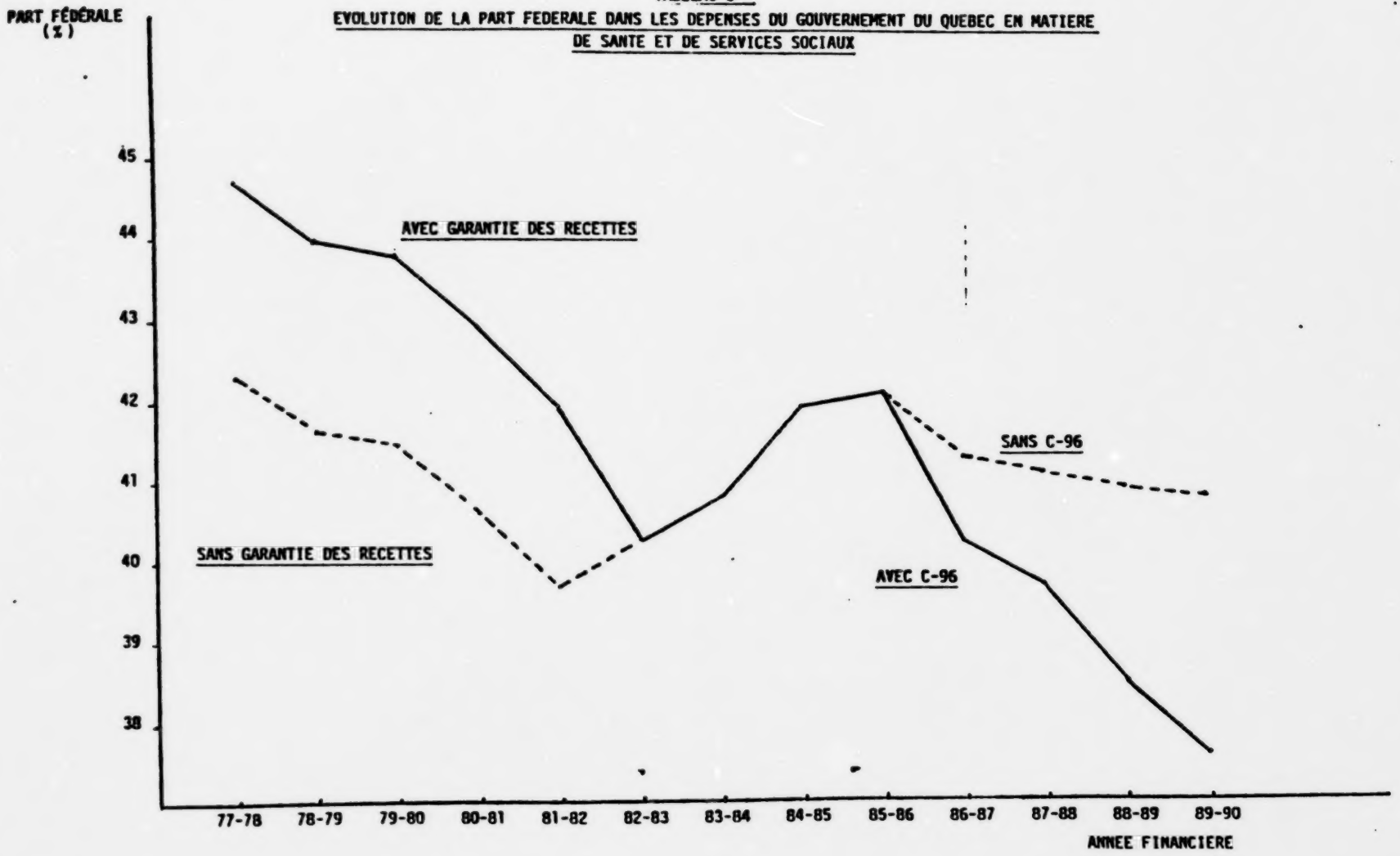
Évolution des taux de financement fédéral des dépenses de santé et de services sociaux

Année fiscale	Sans garantie de recettes fiscales	Avec garantie de recettes fiscales	Sans C-96
1975-1976	41,5%	44,9%	
1976-1977	41,8%	46,3%	
1977-1978	42,3%	44,7%	
1978-1979	41,6%	44,0%	
1979-1980	41,5%	43,8%	
1980-1981	40,6%	42,9%	
1981-1982	39,7%	41,9%	
1982-1983	40,3%	40,3%	
1983-1984	40,8%	40,8%	
1984-1985	41,9%	41,9%	
1985-1986	42,1%	42,1%	
1986-1987	40,6%		41,3%
1987-1988	39,7%		41,1%
1988-1989	38,8%		40,9%
1989-1990	37,9%		40,8%

Dans l'ensemble, sur une période de dix ans, le taux de financement fédéral relativement aux dépenses provinciales de santé, montre une nette tendance à la diminution, bien que, dans le cas du Québec, une conjoncture exceptionnelle entre 1982-1983 et 1985-1986 a renversé la tendance.

TABLEAU 5

EVOLUTION DE LA PART FEDERALE DANS LES DEPENSES DU GOUVERNEMENT DU QUEBEC EN MATIERE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX



Ainsi, si l'on enlève la garantie des recettes, le financement fédéral a continuellement décru pour la période 1977-1978 à 1981-1982, passant de 42,3% à 39,7%, ce qui signifie que nos dépenses ont crû à un rythme plus rapide que l'évolution du PNB Canadien.

À partir de 1982-1983, la situation change radicalement, car le financement fédéral s'est accru de 39,7% à 42,1% entre l'année 1981-1982 et l'année 1985-1986. Ceci est dû aux coupures de salaire et aux compressions budgétaires qui ont été pratiquées durant cette période, de telle sorte que nos dépenses ont crû à un rythme bien inférieur à l'évolution du PNB Canadien.

En 1986-1987, le financement fédéral recommence à diminuer de 42,1% à 40,9%. Ceci est dû à l'effet combiné de l'augmentation des dépenses au Québec dans le domaine de la santé et de l'application du Bill C-96 dès l'année 1986-1987.

Si l'on inclut la garantie des recettes comme un élément de financement fédéral des dépenses de santé et de services sociaux, on constate que le financement fédéral a continuellement diminué entre 1976-1977 et 1981-1982, passant de 46,3% à 41,9%, et finalement de 41,9% à 40,3% entre 1981-1982 et 1982-1983. Ceci est dû au fait que le gouvernement fédéral a comprimé en deux occasions les sommes allouées à ce programme, en ne l'intégrant que partiellement dans le financement de la santé et de l'enseignement postsecondaire lors des accords fiscaux de 1977-1978 et en abolissant totalement le programme lors des accords fiscaux de 1982-1983.

On pourrait répondre que l'inclusion de la garantie des recettes tend à fausser l'analyse car le gouvernement fédéral a soutenu, ces dernières années, que cette garantie ne devait pas être incluse conceptuellement dans les transferts pour le financement des programmes établis. Cette position est, selon nous, intenable. Le

fédéral a en effet commencé à avancer cette idée à l'occasion de la décision d'interrompre la garantie des recettes car, en 1981, en pleine négociation sur les arrangements financiers de 1982-1987, ce même gouvernement procédait à une longue défense de principe de l'inclusion de la garantie des recettes dans le financement des programmes établis.

Cependant, même à l'exclusion du programme de la garantie des recettes, la tendance à la diminution reste la même: sauf pour les années de conjoncture exceptionnelle (1981-1982 à 1985-1986), la formule d'indexation du financement des programmes établis n'est généralement pas suffisante pour couvrir l'augmentation que les provinces doivent donner au système de santé. En d'autres mots, en situation normale, le gouvernement fédéral se désengage financièrement petit à petit des soins de santé au Canada.

Cette conclusion est d'ailleurs confirmée par les travaux du groupe de travail fédéral Nielsen qui, dans la partie du rapport relatif à la santé (rapport Chatfield), confirmait que le taux de participation du gouvernement fédéral aux soins de santé au Canada ne représente actuellement que "40% environ des coûts des régimes provinciaux de santé"(29).

Cette opération de désengagement, déjà implicite dans la formule de 1977 et dramatiquement accélérée par l'abolition de la garantie des recettes en 1982, a franchi une nouvelle étape avec l'adoption du Bill C-96(30) qui vise à réduire le taux de croissance des contributions aux provinces en matière d'enseignement postsecondaire et de santé. En vertu de la nouvelle formule, déjà en opération, le taux de croissance du per capita pour la santé est, pour l'année 1986-1987 et les années suivantes, égal à la croissance du PNB moins 2%.

Bien que l'on ne puisse pas présumer de l'évolution des dépenses du Québec en matière de santé pour les années à venir, on peut dire que le Bill C-96 aura, en lui même, un impact très sérieux sur la contribution fédérale. Le tableau 6 montre que, suivant la nouvelle formule, la contribution fédérale en matière de santé diminuera de 58,7 millions $ en 1986-1987 et que cette réduction atteindra 371,5 millions $ en 1990-1991.

TABLEAU 6

Impact du Bill C-96 sur la contribution fédérale aux programmes de santé au Québec

Année fiscale	(1) Per capita selon l'ancienne formule	(1) Per capita selon la nouvelle formule	Écart par habitant	(2) Population du Québec (000)	Diminution de la contribution fédérale (millions$)
1985-1986	443,23$	443,23$	0	6 580,7	0
1986-1987	475,00	466,13	8,87$	6 613,6	58,7
1987-1988	507,16	488,37	18,79	6 646,7	124,9
1988-1989	540,58	510,78	29,80	6 679,9	199,1
1989-1990	574,52	532,64	41,88	6 713,3	281,2
1990-1991	609,24	554,18	55,06	6 746,9	371,5

(1) Comprend le per capita pour les services de santé assurés et pour les services complémentaires de santé.
(2) Nous avons fait l'hypothèse que la population du Québec s'accroîtra de 0,5% par année.

En utilisant des estimations très conservatrices d'augmentation de dépenses de santé pour les années prochaines, nous avons représenté aux tableaux 4 et 5, qu'avec l'addition du Bill C-96, le taux de contribution fédérale passera de 42,1% en 1985-1986 à 37,9% en 1989-1990. Même sans C-96, le taux de financement fédéral aurait tout de même diminué, mais de façon moins importante, passant de 42,1% en 1985-1986 à 40,8% en 1989-1990.

En 1984, la Loi canadienne sur la santé (Loi C-3) a remis en cause très sérieusement l'arrangement fédéral-provincial existant dans le domaine de l'assurance-santé. Indépendamment des qualités de la politique sociale contenue dans la Loi C-3, la Loi canadienne sur la santé opérait une augmentation des conditions auxquelles doivent se soumettre les provinces pour obtenir les contributions fédérales alors que la formule de financement, appliquée en vase clos, montrait déjà des tendances au désengagement fédéral. Autrement dit, même sans la Loi C-96, le système fédéral-provincial était sérieusement menacé.

Avec la Loi C-96, cet arrangement fédéral-provincial s'écroule à plus ou moins long terme. En effet, à partir de 1985-1986, le taux de contribution fédérale diminue de presque 1% par année, et ce sans tenir compte de l'accroissement des dépenses que peuvent provoquer les nouvelles technologies dans les hôpitaux, le vieillissement de la population et l'établissement de nouveaux types de services. Il devient difficile de penser que les provinces pourront "s'arranger" indéfiniment avec la contribution fédérale décroissante et compresser les coûts de l'assurance-santé sans toucher à la structure. En réalité, le comportement fédéral forcera éventuellement les provinces à remettre en cause l'assurance-santé en elle-même.

CONCLUSIONS

L'organisation fédérale-provinciale dans le secteur de la santé et des services sociaux est très élaborée et comprend de nombreux programmes et ententes qui ont une influence marquée, même si parfois occulte, sur le développement des politiques et programmes au niveau provincial. Assez curieusement, la mise sur pied et l'administration d'un système intergouvernemental si important s'opèrent à partir d'un ensemble de principes diffus et dans un contexte d'attitudes ambivalentes, tant du côté fédéral que provincial. À notre avis, cette absence de concertation sur la présence du gouvernement central dans le domaine socio-sanitaire peut être très dommageable non seulement pour le gouvernement du Québec mais aussi, à plus long terme, pour la politique sociale elle-même.

Pour l'essentiel, l'intervention fédérale dans le domaine socio-sanitaire se fait par le biais du pouvoir de dépenser. En conséquence, la décision du gouvernement fédéral de rester dans ces domaines de juridiction provinciale, et même d'amplifier son influence, doit s'accompagner de contributions financières d'un niveau suffisant pour justifier sa présence. Par exemple, la situation créée par la Loi canadienne sur la santé qui accentue les conditions fédérales et la Loi C-96 qui diminue les contributions financières risque de devenir intenable dans un avenir assez rapproché.

Evidemment, le gouvernement fédéral peut toujours décider de se retirer des programmes sociaux. Dans un tel cas, cependant, l'État central devrait assumer la responsabilité politique de ses décisions: c'est-à-dire ou transférer des ressources financières aux provinces pour leur permettre de prendre la relève ou, dans le cas contraire, assumer devant la population la décision de mettre fin à son programme.

À cet égard, le mouvement amorcé dans les arrangements financiers de 1977 de séparer le versement de la contribution fédérale de la Loi conditionnelle sur la santé doit être sérieusement remis en question.

Si le gouvernement fédéral désire continuer à jouer un rôle en assurance-santé, le mécanisme de calcul et de versement de la contribution fédérale (dans la Loi sur les accords fiscaux et des contributions en santé) doit être réintégré à la Loi conditionnelle fédérale (pour l'instant la Loi canadienne de la santé). Ceci aura pour effet d'éviter les attitudes contradictoires au fédéral, tant sur le plan financier que législatif, et d'établir clairement le ministre fédéral de la santé comme responsable de l'évolution de l'intervention fédérale dans les programmes sociaux.

Pour les provinces, une perception plus réaliste des subventions fédérales pourrait grandement aider. À cet égard, il faut noter que cette perception a pu être troublée par l'apparence inconditionnelle des arrangements de 1977. En effet, à défaut de transfert fiscal complet, il ne peut en pratique y avoir de financement fédéral inconditionnel, peu importe la méthode de calcul de cette contribution; il serait en effet illusoire de penser que le gouvernement canadien accepte de verser à même son budget des contributions aux provinces sans poser de conditions pour l'établissement de programmes socio-sanitaires.

Les ententes fédérales-provinciales ne sont pas stables dans le temps. En fait, étant une façon détournée pour le gouvernement central d'appliquer ses politiques sociales, elles sont sujettes aux mêmes changements que la politique sociale des provinces. En conséquence, il faut s'attendre à ce que les programmes fédéraux-provinciaux soient modifiés au cours des années parce qu'ils ne répondent plus à la conjoncture.

NOTES

(1) S.C. 1957, c. 28.

(2) S.C. 1966-1967, c. 64.

(3) S.Q. 1970, c. 37.

(4) S.C. 1966-1967, c. 45.

(5) Le Devoir, jeudi 28 juin 1984.

(6) S.C. 1927,

(7) Gouvernement du Canada, Assurance-santé: Ottawa: 1943.

(8) Gouvernement du Canada, Rapport sur la Sécurité sociale au Canada, Ottawa: 1943.

(9) Gouvernement du Canada, Proposals of the Government of Canada. (Dominion Provincial Conference on Reconstruction). Ottawa, 1945, connu sous le nom de "The Green Book Proposals".

(10) Beveridge, William, Social Insurance and Allied Services, London, 1942.

(11) U.S. 1935, c. 531.

(12) Notamment dans l'affaire Winterhaven Stables Ltd v. A.G. of Canada, 1986, 29 D.L.R. (4th) 394, qui vient de recevoir jugement des tribunaux de première instance en Alberta.

(13) S.C. 1984, c. 6.

(14) S.R.C. 1970, c.F-27.

(15) S.R.C. 1970, c.N-1.

(16) S.C. 1980-81-82-83, vol. III, c. 110.

(17) Les montants utilisés sont tirés des Comptes publics, 1984-1985, section 23, Santé nationale et Bien-être social.

(18) Pour une description plus détaillée des programmes, voir: Gouvernement du Canada, Groupe de travail ministériel chargé de l'examen des programmes (Rapport Nielsen), Groupe d'étude sur la santé. Rapport Chatfield,

(19) Projet de protocole d'entente portant sur les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre des services juridiques offerts aux jeunes en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants. Le projet n'a pas encore été signé par le gouvernement du Québec.

(20) S.R.C., 1970, c. V-7.

(21) S.C., 1976-77, c. 10.

(22) S.R.C., 1970, c. J-3.

(23) Gouvernement du Canada, Programmes et activités fédéraux-provinciaux, Ottawa: Bureau des relations fédérales-provinciales, 1986.

(24) Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Pour une assurance-santé universelle, Ottawa: Ministre des Approvisionnements et services, 1983, à la p. 35.

(25) Gouvernement du Québec, Budget 1986-1987, "Annexe F", Québec, Ministère des Finances, 1986.

(26) Voir note 18, à la p. 55.

(27) S.C., 1976-77, c. 10; Bien qu'il s'agisse là de son titre abrégé, cette loi est généralement désignée comme Loi sur le financement des programmes établis ou L.F.P.E., pour la partie qui concerne les programmes de santé.

(28) Les tableaux 4, 5 et 6 sont tirés de "L'évolution du financement fédéral dans les dépenses budgétaires du gouvernement du Québec en matière de santé et de services sociaux" par Denis Fugère, M.S.S.S., septembre 1986 (document non publié).

(29) Voir note 18, à la p. 11.

(30) Loi modifiant la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé, Projet de loi C-96, 1986, S.C. 1986, c. 34.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

AULD, D., COURCHENE, T. et FINLAY, Canadian Confederation at the Crossroads, the Search for a Federal-Provincial Balance, Vancouver, The Fraser Institute, 1978.

BANTING, K.G., The Welfare State and Canadian Federalism, Kingston et Montreal, McGill-Queen's University Press, 1982.

COURCHENE, Thomas, CONKLIN, David W. et COOK, Gail C.A. (eds), Ottawa and the Provinces, the Distribution of Money and Power, Toronto, Ontario Economic Council, 1985.

Gouvernement du Canada, Pour une assurance-santé universelle, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1983.

Gouvernement du Canada, Bureau des relations fédérales-provinciales, Programmes et activités fédéraux-provinciaux, 1985-1986, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1986.

Gouvernement du Canada, Commission royale sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada, (Commission MacDonald), Rapport, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1985.

Gouvernement du Canada, Groupe de travail chargé de l'examen des programmes (Groupe Nielsen), Santé et sports, (Rapport Chatfield), Ottawa.

Gouvernement du Canada, Ministère des Finances, Les arrangements fiscaux pour les années '80, propositions du Gouvernement du Canada, Novembre 1981.

GUEST, Denis, The Emergence of Social Security in Canada, Vancouver, University of British Columbia Press, 1980.

LAJOIE, A., MOLINARI, P., "Partage constitutionnel des compétences en matière de santé au Canada" (1978)56, Revue du Barreau, 579.

LESLIE, Peter M (ed), Canada: The State of the Federation, 1985, Kingston, Institute of Intergovernmental Relations, 1985.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué avec [illegible]
la consultation d'experts, l'une des trois sources de [illegible]
principaux programmes d'activités de la Commission [illegible]
services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de [illegible]
préhension des problèmes actuels du système de [illegible]
services sociaux, de vérifier l'impact de diverses [illegible]
et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans [illegible]

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, [illegible]
a décidé, sur recommandation du comité scientifique, [illegible]
lection des synthèses critiques et des recherches qui [illegible]
s'inscrit dans le cadre de cette collection.